

自動排泄処理装置については、要介護2、要介護3の方についても貸与に係る条件があります。

1 0 0 0 2 3 4 5 6 7

被保険者氏名	安中	
被保険者住所	安中市安中1-2	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3) <input type="checkbox"/> 申請中	
利用開始(予定)日	令和 6 年 6 月 1 日	貸与申請区分 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新

第95号告示第25号

① 貸与品目	② 厚生労働大臣が定める者のイ	③ 基本調査の結果
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7が「3」でない <input type="checkbox"/> ケアマネジメント
<input checked="" type="checkbox"/> 寝台及び寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に移動が困難な者	<input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 基本
<input type="checkbox"/> 居室用止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	<input type="checkbox"/> 基本
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 理解の	<input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 基本 調査3-2~3-7のいずれかが「2」できない 調査3-8~4-15のいずれかが「1」でない以外
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分を除く)	<input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者 <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 上記いずれか、かつ <input type="checkbox"/> 基本調査2-2が「4」全介助以外 <input type="checkbox"/> 基本調査1-8が「3」できない <input type="checkbox"/> 基本調査2-1が「3」一部介助又は「4」全介助 <input type="checkbox"/> ケアマネジメントにより判断
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者	<input type="checkbox"/> 基本調査2-6が「4」全介助 かつ ※要介護3以下の方が確認対象です <input type="checkbox"/> 基本調査2-1が「4」全介助

貸与が必要な品目欄にチェックしてください。

該当する状態にチェックしてください。

基本調査の結果が該当する場合にはチェックを入れて、事業所にて保管してください。安中市への提出は必要ありません。

チェックが付かない場合は④へ。

④ 上記③基本調査の結果欄にチェックがつかない例外給付の申請は、下記を記入して提出してください。

医師による医学的所見	<input checked="" type="checkbox"/> I 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	<input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が変動し、短期間のうちに第95号告示第25号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	<input type="checkbox"/> III 疾病その他の原因により、状態が変動し、短期間のうちに第95号告示第25号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	断から第95号告示第25号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者
医療機関名	安中医院
確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅(介護予防)計画に記載する医師の所見

③基本調査の結果欄にチェックがつかない場合は、例外給付の申請が必要です。以降を記入して、提出してください。

具体的な状態像(疾病名等)

パーキンソン病の診断を受けており、特に朝起床時は動きが鈍く、ふらつきがある。先日ベッドから転落し右肩を痛め、力が入らない状態。妻と同居しているが、体格差が大きく、介助に相当の負担がかかる。安全な在宅生活を営んでいる。

提出の際、添付資料も付けるようお願いします。

- ・ 医師の医学的所見
- ・ 居宅サービス計画書1~2表又は介護予防サービス・支援計画書の写し
- ・ サービス担当者会議の要点の写し

安中市長 様
上記の被保険者について福祉用具貸与の必要がある

令和 6 年 5 月

居宅介護(介護予防)支援事業者名

担当者氏名

居宅介護支援事業所

安中市地域包括支援センターから委託を受けている場合、氏名の記入は不要です。

※ 地域包括支援センターから委託を受けている場合は、下記も記入してください。

安中市

地域包括支援センター

確認者氏名